Entre l'ontologique et les statistiques: un point de vue sur les méthodes de recherche en promotion de la santé*

Michel O'Neill
Université Laval

* *Une première version de ce texte a été présentée comme allocution plénière dans le cadre de la 3è conférence nationale de recherche en promotion de la santé, Congrès annuel des sociétés savantes "Nouvelles altitudes", Calgary, juin 1994. L'auteur tient à remercier mesdames Pascale Lehoux et Lucie Richard de même que M. Ron Levy de leurs commentaires sur une version préliminaire de ce texte dont il assume cependant l'entière responsabilité. Dans cet article, le mot chercheur est utilisé dans son sens épicène. De plus, la forme grammaticale employée désigne autant les femmes que les hommes.*

Résumé:
Ce texte présente une réflexion critique sur la recherche scientifique en promotion de la santé. Sous forme d'une analyse critique de la pratique du métier de chercheur exercé par l'auteur depuis plus de vingt ans, l'article présente d'abord quelques éléments du contexte à partir duquel se sont élaborées ses croyances méthodologiques. Ces croyances sont ensuite énoncées sous quatre rubriques: l'ontologique, l'épistémologique, le méthodologique et le technique. Dans un troisième temps, une série d'attitudes et d'habiletés de recherche découlant des réflexions précédentes sont proposées. Afin que la recherche faite à son égard soit plus fructueuse, la conclusion propose de positionner le champ de la promotion de la santé à l'intérieur du paradigme de la postmodernité.

Mots clefs: Méthodes de recherche, promotion de la santé, épistémologie.

Un point de vue sur les méthodes de recherche en promotion de la santé: Pourquoi? Comment?

Les organisateurs de la 3è conférence nationale de recherche en promotion de la santé prenaient un risque en demandant à quelqu'un qui ne se considère pas comme un méthodologue de discuter des méthodes de recherche en promotion de la santé. On a déjà beaucoup écrit sur le sujet, notamment dans un numéro spécial de la **Revue canadienne de santé publique** où se retrouvent plusieurs textes marquants: Lincoln (1992), McKinlay (1992), Raeburn (1992), Poland (1992), Stevenson et Burke (1992), Eakin et Maclean (1992). Pour ma part, j'ai déjà exposé techniquement les bases méthodologiques auxquelles je me rattache en ce qui a trait à l'objet de recherche particulier auquel je m'intéresse depuis longtemps: celui des aspects politiques de la promotion de la santé (O'Neill & Pederson, 1992). J'ai aussi pu formuler ma vision plus générale de ce qu'est la promotion de la santé dans un ouvrage récent (Pederson, O'Neill, & Rootman, 1994). Alors de quoi parler? Et surtout, comment?

J'ai finalement résolu d'utiliser cette occasion pour effectuer une sorte de bilan critique du métier de chercheur en promotion de la santé, après une vingtaine d'années d'exercice de ce métier dans des contextes divers, à l'inté-

rieur et à l'extérieur du milieu académique. Après deux livres et plus de 70 publications en français, anglais, espagnol et néerlandais; après environ 200 communications scientifiques et professionnelles présentées localement, régionalement, nationalement ou internationalement; après avoir complété plus d'une trentaine de projets de recherche utilisant une palette diversifiée d'approches et de techniques tout en continuant d'être, au milieu des années 1990, un chercheur actif et subventionné; et après avoir dirigé une vingtaine d'étudiants gradués dans leurs travaux de recherche, quelles sont donc mes croyances méthodologiques?

Car c'est bien de **croyances** dont il sera question ici. En effet, comme l'ont démontré de manière fort convaincante les travaux des historiens et sociologues de la science, ainsi que les témoignages de chercheurs lorsque, comme le découvreur de la structure de l'ADN (Watson, 1969) ils acceptent d'en faire, la recherche scientifique est réalisée par des êtres qui obéissent aux lois générales du comportement humain. Par un concours de circonstances uniques, à l'intérieur d'un contexte historique donné, un chercheur en vient à adhérer à un certain credo méthodologique comme on adhère à une religion, i.e. sur la base de croyances, en posant plus ou moins consciemment un acte de foi en certains principes qui servent ensuite à guider des entreprises concrètes. Alors, en tant que chercheur en promotion de la santé, en quoi ai-je donc eu foi durant toutes ces années?

C'est ce qui sera exploré en trois temps dans les pages qui suivent. D'abord, afin de circonscrire le contexte duquel ont émergé mes croyances méthodologiques, quelques considérations historiques sur la production de la science au Québec seront offertes. Dans un second temps, les quatre niveaux dont on peut se préoccuper lorsque l'on parle de méthode (l'ontologique, l'épistémologique, le méthodologique et le technique) seront abordés, en rapport avec la promotion de la santé. Finalement, un ensemble d'attitudes méthodologiques qu'il me semble nécessaire de développer pour qui veut faire de manière fructueuse de la recherche en promotion de la santé sera présenté, suivi de quelques remarques de conclusion.

Tel que le mentionnait fort justement une des personnes qui ont révisé ce texte, on ne trouvera pas dans les pages qui suivent une analyse critique sophistiquée ou originale de la littérature sur le sujet. Il s'agit plutôt d'un témoignage qui relève de la réflexion critique sur un vécu professionnel, entreprise que l'on observe assez fréquemment chez les intervenants de terrain mais, malheureusement à mon sens, trop peu souvent chez les scientifiques (quelques exceptions intéressantes en santé: Elling & Sokolowska, 1978; Saillant, 1994). Or, comme plusieurs se plaisent à le rappeler (par exemple: Kickbusch, 1994), dans l'univers de la promotion de la santé comme dans plusieurs autres "[...] *institutions learn from data but individuals learn from stories*". Ce texte propose donc une histoire, qu'on pourra trouver intéressante ou pas, et un certain nombre de croyances méthodologiques avec lesquelles on pourra être en accord ou en opposition. Ces éléments sont présentés ici sans prétention, peut-être même un peu naïvement, pour servir éventuellement de base de discussion ou encore de point de repère, permettant notamment à des jeunes chercheurs de voir ce qu'un chercheur un peu moins jeune pense de son métier, après l'avoir exercé durant une vingtaine d'années dans divers pays et divers types de contextes. En conclusion à ces remarques d'introduction, il me semble important de saluer l'ouverture intellectuelle de **Ruptures**, qui s'est donné comme politique éditoriale d'accueillir en ses pages non seulement des articles scientifiques originaux, au sens classique du terme, mais aussi d'autres types de textes permettant de débattre de divers enjeux liés à la santé publique.

Promouvoir la santé au Québec à la fin du XXè siècle

Quelques racines culturelles de nos pratiques scientifiques

En tant que québécois francophones, nous devons collectivement à René Lévesque d'avoir raffermi notre fierté nationale au point de ne plus nous considérer comme triplement opprimés par les cultures étrangères qui nous ont

façonnés, la française d'abord, la *British* ensuite et finalement l'américaine. Il me semble, en effet, que nous nous percevons plutôt, depuis environ deux décennies, comme ayant le privilège de nous situer aux confluents de ces trois riches traditions. Toutefois, contrairement à plusieurs autres endroits en Amérique du Nord dont notamment en Colombie-Britannique, nous avons à peu près complètement occulté l'héritage qui nous vient des nations autochtones; et nous sommes encore peu perméables à ce que les Québécois d'autres souches que la francophone ont à offrir pour enrichir notre vécu collectif. Quel est le résultat de ce bouillon de cultures et en quoi tout cela concerne-t-il la méthodologie de recherche en promotion de la santé?

La manière dont la culture québécoise s'est développée récemment a eu un impact direct sur la manière que nous avons ici de concevoir la science, de pratiquer la recherche scientifique et d'utiliser ses résultats. Ainsi, c'est pour avoir été exposé dès les débuts de ma formation sociologique, notamment grâce à plusieurs professeurs d'origine européenne, aux débats épistémologiques fondamentaux qui font rage depuis plus de 150 ans dans les sciences humaines du vieux continent, que je puis aborder aujourd'hui la question de la méthode scientifique à partir des quatre niveaux utilisés plus loin. Par ailleurs, c'est pour avoir baigné dans l'empirisme et le pragmatisme nord-américains, au contact des praticiens de la santé communautaire qui m'ont initié à ce domaine et lors de mes études doctorales à Boston, que j'ai développé une impatience certaine envers les constructions discursives si fréquentes des sciences sociales européennes, en particulier en France. Ces constructions sont d'une élégance intellectuelle indéniable mais il est souvent très difficile de les comprendre et de les rattacher à la réalité concrète, dont il me semble absolument nécessaire de se préoccuper lorsqu'on oeuvre en promotion de la santé.

Finalement, c'est aussi, je crois, une caractéristique de notre passé historique et culturel récent d'avoir fait de la génération des chercheurs québécois en sciences sociales à laquelle j'appartiens (celle des *babyboomers*) des gens qui, davantage que ce que j'ai pu constater ailleurs (notamment au Canada anglais), sont des gens d'action. Au Québec, nous n'abandonnons pas qu'aux autres (politiciens, fonctionnaires, journalistes) le soin de convertir en projets de société concrets les résultats de nos travaux scientifiques tel qu'en témoigne encore l'engagement politique ou militant d'un nombre considérable de chercheurs. Peut-être est-ce parce que nous avons vécu les grands enthousiasmes collectifs de la révolution tranquille, du projet indépendantiste ou, plus récemment, de la conquête des marchés internationaux que nous avons peine à ne regarder qu'en analystes détachés ce qui se passe. Et peut-être aussi n'avons-nous pas la profondeur culturelle ni les traditions qui, ailleurs, assignent aux scientifiques des rôles davantage éloignés de la mêlée.

Ces quelques racines rapidement évoquées, quels fruits ont-elles produits, du moins en ce qui me concerne? D'abord, une vision de ce qu'est la promotion de la santé qui, on le verra plus loin, porte en elle le germe d'orientations méthodologiques assez précises.

Une définition de la promotion de la santé

On peut dire que la promotion de la santé est une approche à la prise en charge des problèmes de santé qui, dans nos sociétés, comporte deux éléments interreliés: un élément philosophique et un élément technique (O'Neill & Cardinal, 1994). Le fait d'inclure ces deux éléments sous le même vocable de promotion de la santé est d'une certaine manière problématique. C'est pourquoi, s'inspirant en cela des travaux de plusieurs autres auteurs (par exemple: Ashton & Seymour, 1988; Martin & McQueen, 1989; Kickbusch, 1989; Chu & Simpson, 1994), il semble d'abord nécessaire de ne plus appeler promotion de la santé, mais bien "nouvelle santé publique" ou "santé publique écologique", l'aspect philosophique de cette approche. En effet, cet aspect est conforme en tout point à la tradition de santé publique que l'on peut faire remonter au "public health movement" européen de la seconde moitié du XIXè siècle, ou même aux prescriptions de la déesse Hygie de la Grèce antique. Depuis le milieu des années 1970, cette tradition "à l'ancienne" se trouve reformulée "à la moderne" dans des documents comme

le rapport Lalonde, la charte d'Ottawa en promotion de la santé, le cadre de référence de Jake Epp, la politique québécoise de santé et de bien-être et d'innombrables autres chartes et documents analogues produits un peu partout dans le monde.

Il semble donc davantage approprié de réserver l'appellation promotion de la santé pour cet ensemble particulier d'interventions (professionnelles ou non) qui visent le **changement planifié des comportements humains reliés à la santé** (O'Neill & Cardinal, 1994). Ces comportements peuvent être individuels ou collectifs et on doit, entre autres, se préoccuper d'intervenir sur l'environnement sociopolitique où ils se déroulent afin, dans toute la mesure du possible et pour paraphraser l'heureuse expression de Nancy Milio (1986), que "[...] *the healthiest choice becomes the easiest choice*". La littérature suggère habituellement trois types de stratégies d'intervention visant surtout les comportements individuels: l'éducation pour la santé, le marketing social et la communication de masse; trois autres types de stratégies tentent surtout d'influencer l'aspect collectif des comportements: l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel (O'Neill & Cardinal, 1994).

Si le coeur de la promotion de la santé est le changement du comportement humain, cela positionne donc d'entrée de jeu ce domaine comme relevant de manière privilégiée des sciences du comportement i.e. la psychologie et les diverses sciences sociales (sociologie, anthropologie, science économique, science politique, etc.), en interaction avec les diverses disciplines qui ont fait de la santé et de la maladie leur objet d'intervention (médecine, sciences infirmières, nutrition, activité physique, etc.). Voyons donc, maintenant, quelles sont les conséquences de cette définition de la promotion de la santé quant aux méthodes de recherche à partir desquelles produire des connaissances dans ce domaine.

De l'ontologique aux statistiques: quatre niveaux de préoccupations méthodologiques à considérer en promotion de la santé

Je dois aux enseignements en méthodologie de la recherche reçus lors de la première année de mon baccalauréat en sociologie à l'Université Laval d'avoir été très tôt exposé à la nécessité, pour qui pensait méthode scientifique, de distinguer les préoccupations d'ordre épistémologique de celles d'ordre méthodologique ou d'ordre plus technique. Qui plus est, à l'instar de plusieurs autres méthodologues, Yvonna Lincoln (1992), la célèbre mère de "l'évaluation de quatrième génération", rappelait aux chercheuses et chercheurs en promotion de la santé de ne pas oublier le niveau des préoccupations d'ordre ontologique. Regardons d'un peu plus près chacun de ces quatre niveaux et ce qu'ils signifient pour la recherche en promotion de la santé.

Le dilemme ontologique de la promotion de la santé: science ou pas?

L'ontologie est cette branche de la philosophie qui se préoccupe de la place qu'occupe l'être humain dans l'univers et, notamment, de la manière dont il entre en rapport avec cet univers. N'ayant pas de formation philosophique poussée, je ne m'étendrai pas longuement sur l'ontologie sauf pour souligner que l'être humain peut entrer en rapport avec l'univers de bien des manières dont le mode scientifique ne représente qu'une des possibilités. Que ce soit sous les modes religieux, poétique, ludique ou encore psychanalytique par exemple, les rapports au monde de l'être humain sont de nature diversifiée et complexe. Le mode scientifique, quant à lui, a pour prétention d'expliquer et de comprendre afin de dégager, dans toute la mesure du possible, des lois permettant de prédire l'occurrence de phénomènes observables par des chercheurs.

Ce que la science a généralement tendance à évacuer, cependant, c'est l'aspect de la **signification** que prennent ces questions ontolo-

giques fondamentales que sont pour les humains l'origine de la vie, la souffrance ou la mort. Or, dans le domaine de la promotion de la santé, on est sans cesse renvoyé à la question du sens profond de l'existence humaine. En effet, les définitions de la santé se sont élargies depuis la seconde guerre mondiale de manière telle que des auteurs font maintenant à peu près équivaloir santé, qualité de vie et ... bonheur (Rootman & Raeburn, 1994). Quand, comme certains, on caractérise la santé comme la capacité "[...] à faire sens dans un magma en attente de signification" (Castel, 1981) ou encore à être "[...] *the pattern that connects*" (Kickbusch, 1989), ou quand on définit la santé en utilisant la notion de *"personhood"* (Edwards, 1996), il devient difficile d'ignorer la manière dont se construit individuellement et collectivement chez les humains la signification de la vie, de la mort et de la maladie.

Si l'entreprise scientifique, comme ce n'est pas son but premier, est peu utile pour conférer un sens à l'univers qui nous entoure et à l'existence humaine, on peut alors se demander jusqu'où elle est utilisable pour promouvoir la santé des individus et des populations. Peut-être que l'art, la religion ou la politique sont des entreprises humaines bien davantage appropriées à la promotion de la santé que la science! D'ailleurs, les Marcuse, Adorno, Habermas et autres penseurs de l'École critique de Francfort ont été parmi ceux qui, au milieu du XXè siècle, ont souligné avec le plus d'à-propos qu'ultimement, la science n'est finalement rien d'autre qu'une forme particulière d'idéologie qui, avec la sécularisation de nos sociétés industrielles modernes, a historiquement fait concurrence au religieux comme outil d'interprétation ontologique.

Pour être de vrais promoteurs de la santé, nous faudrait-il alors abandonner la respectabilité de la science et nous convertir en prêcheurs, en artistes ou en politiciens? Peut-être pas car, comme on a tendance de plus en plus à le prétendre chez les savants de la fin du XXè siècle (Ferguson, 1980), séparer le scientifique du religieux, du magique ou du poétique est probablement une erreur significative, ces modes de rapport des humains à l'univers se rejoignant vraisemblablement tous quelque part. Finalement, c'est donc probablement notre conception de la science qui est à réviser car elle est encore largement tributaire des débats du milieu du XIXè siècle, alors que les changements de paradigmes scientifiques qui nous ont affectés depuis sont considérables.

Positivisme vs. constructivisme: le plus récent épisode d'un inutile combat épistémologique?

En effet, ainsi que l'avait si bien diagnostiqué Toffler il y a déjà près de 30 ans, les chercheurs scientifiques sont, comme le reste de notre société, sous le choc du futur, difficilement capables d'absorber les changements profonds et accélérés qui nous assaillent sans cesse plus rapidement depuis le milieu du XXè siècle. Sans renoncer à questionner si, fondamentalement, le mode scientifique est ontologiquement le plus approprié pour promouvoir la santé, convenons, pour la durée de ce texte du moins, qu'effectivement ce mode demeure utilisable. Surgit alors le second niveau auquel on doit s'intéresser si l'on se préoccupe de méthode, celui de l'épistémologie ou de la manière dont l'entreprise scientifique doit être conduite.

À cet égard, la question fondamentale qui hante depuis longtemps les gens qui veulent faire des comportements humains l'objet de leurs investigations scientifiques est la suivante: peut-on analyser avec la même méthode le reste de la nature et l'être humain? Si l'être humain est essentiellement différent en ce qu'il serait le seul dans l'univers à être doté de conscience et d'autoréflexivité, peut-il alors prétendre au même type d'objectivité (ou même à une quelconque objectivité) lorsqu'il s'étudie lui-même que lorsqu'il étudie un phénomène qui lui est externe, comme par exemple la composition chimique des minéraux ou la migration des oies blanches?

De la réponse à ces questions ont émergé les deux types de positions épistémologiques qui depuis plusieurs décennies s'affrontent et se confrontent. D'un côté, les tenants d'une épistémologie de la rupture entre le chercheur et son objet prétendent, à la suite de Comte et de bien d'autres dans l'univers des sciences sociales, qu'il n'existe qu'une manière "positive" d'analyser l'univers; l'être humain, faisant partie de cet univers, doit donc être traité comme les

autres objets d'étude. Ne sont alors considérés comme légitimes pour la recherche scientifique que les phénomènes extérieurs au chercheur, observables de manière "objective" par plusieurs personnes; les scientifiques veulent alors "expliquer" ces phénomènes par des expériences visant à prouver ou à infirmer des théories qui, ultimement, se verront conférer le statut de loi permettant de prédire avec certitude l'occurrence des phénomènes étudiés.

De l'autre côté, les tenants de la position épistémologique de l'implication se sont davantage intéressés, à la suite des Dilthey, Weber et autres, à "comprendre" ce qui caractérise l'espèce humaine. Même si l'on ne peut pénétrer dans "l'âme" de quelqu'un pour voir objectivement ce qui s'y passe, il est toutefois évident, pour tout être humain, que nous pensons et ressentons, car nous l'expérimentons quotidiennement de manière subjective. Qu'elles soient interprétatives, phénoménologiques, herméneutiques ou, dans leur dernière cuvée, constructivistes, les méthodes mises de l'avant pour produire un tel type de science sont donc fort différentes de celles des positivistes; elles ne prétendent ni à l'objectivité, ni à la généralisation des résultats, ni à la prédiction mais bien à la compréhension systématique de ce qui caractérise l'expérience humaine.

Les oppositions entre constructivisme et positivisme sont à la limite irréconciliables. Cependant, elles témoignent surtout, selon moi, de la manière dont la science se diffuse. En effet, il me semble exister un décalage significatif entre l'endroit où les sciences exactes sont rendues aujourd'hui et l'image que l'on nous en donne. Il est évident que, dans le domaine de la santé, ce sont les sciences biomédicales qui ont le haut du pavé et que ces sciences s'inscrivent encore très largement dans une vision positiviste de la science. Les sciences sociales nord-américaines, afin d'atteindre la respectabilité nécessaire à leur reconnaissance institutionnelle au cours du XXè siècle, ont, elles aussi, dû se draper des couleurs positivistes, mettant souvent sous le boisseau les débats philosophiques qui avaient lieu au même moment en Europe. Toutefois, le positivisme dont s'inspirent la biomédecine et nombre de démarches en sciences sociales est encore très largement celui développé par les sciences de la nature aux XVIIIè et XIXè siècles.

La physique des quanta, la logique floue et la théorie du chaos ne sont que quelques exemples des sciences exactes du XXè siècle où les rapports entre le chercheur et son objet sont carrément modifiés et où une proposition théorique n'est plus, comme par le passé, soit vraie soit fausse, mais parfois vraie et parfois fausse ou un peu vraie et un peu fausse à la fois. Sans entrer dans le détail de ces champs du savoir, on peut certainement faire l'observation suivante: la version actuelle du vieux débat entre "expliquer" et "comprendre" ou entre sciences "dures" et sciences "molles" est probablement dépassée d'au moins deux manières.

D'une part, les approches "compréhensives" ont probablement été trop conditionnées par l'anthropocentrisme blanc typique du XIXè siècle européen, où l'on voyait l'humain comme le centre de l'univers et le seul élément de cet univers doté de conscience. Les travaux des sciences "psi", qui se préoccupent de l'occulte et des autres formes de conscience ou d'énergie, repoussent sans cesse les frontières de notre compréhension de ces phénomènes et questionnent radicalement cet anthropocentrisme. De plus, comme le disait le grand philosophe et mathématicien Bertrand Russell, peut-être que les fleurs ont entre elles un langage et un niveau de conscience qui leur sont propres et qu'elles élaborent même une science où les humains sont un de leurs objets d'investigation. D'autre part, le "positivisme" des sciences exactes de la fin du XXè siècle qui ont fait entrer le paradoxe, les lois probabilistes et la logique floue dans leurs univers, est beaucoup moins "positif" qu'on ne se le représente habituellement.

Requestionner leurs fondements épistémologiques offre ainsi aux chercheurs en promotion de la santé des avenues nouvelles et insoupçonnées pour mieux comprendre et prédire le comportement humain. On ne peut néanmoins nier la forte coloration positiviste qui imprègne encore les activités à prétention scientifique en promotion de la santé, et les conséquences en termes d'accès aux subventions, aux

publications et à la légitimité scientifique de cette coloration. Toutefois, il me semble que les frontières des positions épistémologiques classiques en sciences sociales sont d'ores et déjà beaucoup plus floues qu'elles ne l'étaient auparavant. C'est probablement à cause du décalage entre l'avant-garde de la science et la science qu'on enseigne dans les écoles que, par manque de culture scientifique générale ou par manque de capacité collective à absorber la science moderne, nous sommes encore sous le choc du futur, à la remorque des modèles scientifiques du XIXè siècle.

Quantitatives ou qualitatives? Inductives ou hypothético-déductives? Quelles approches méthodologiques sont les meilleures?

Le troisième niveau dont on doit se préoccuper est celui des processus méthodologiques concrets à mettre en oeuvre pour expliquer ou comprendre scientifiquement le changement des comportements humains reliés à la santé. Cela a en particulier à voir avec les types de devis de recherche à élaborer et avec la manière de construire la preuve. Dans ce domaine, il me semble exister toute une série de fausses oppositions, et le titre de cette section contient une série de questions qui me semblent toutes plus inutiles les unes que les autres.

Il n'y a pas de "meilleure" approche méthodologique. Il n'y a que différents types de questions que l'on peut poser à propos d'un objet d'étude qui nous concerne (ici, celui du changement planifié des comportements humains). Ces types de questions appellent différents types de processus pour y répondre. Dans cette optique, il n'y a pas, selon moi, de bonnes ou de mauvaises questions. Il y a des questions plus ou moins pertinentes, plus ou moins bien formulées ou dont on a déjà plus ou moins les réponses. C'est l'intérêt pour une question qui est en quelque sorte la bougie d'allumage de la passion du chercheur, passion qui lui sera bien nécessaire pour poursuivre les opérations longues et fastidieuses généralement requises pour obtenir une réponse à l'interrogation de départ. Les questions sont donc fondamentales.

Si l'on travaille sur un sujet peu connu dont les contours sont encore mal précisés, on aura souvent avantage à utiliser une approche inductive pour aider, en interface avec la réalité empirique, à construire ce domaine. Si l'on travaille au contraire dans un domaine très connu, on est probablement en mesure de formuler, afin de les vérifier, des hypothèses qu'on testera ensuite de manière plus déductive. Qui plus est, indépendamment du degré d'avancement de la connaissance sur un sujet donné, les types de questions qu'on se pose en promotion de la santé pourront nécessiter des approches méthodologiques complètement différentes, faisant appel à des outils qualitatifs, quantitatifs ou même mixtes, comme c'est souvent le cas lorsqu'on se préoccupe de trianguler les informations.

Comme pour les débats épistémologiques, les querelles de clochers favorisant une seule approche, une seule méthode, ou un seul type de devis, quel que soit le problème en cause, m'apparaissent stériles et intellectuellement bornées. Il est évident que chaque chercheur a ses sujets et ses méthodes préférés, avec lesquels il se sent davantage à l'aise; ce n'est toutefois pas une raison pour utiliser un devis de recherche inapproprié au type de problème ou de question à étudier, ou pour vouloir absolument reformuler toutes les questions de manière à ce qu'une méthode unique soit utilisable. Un peu plus d'humilité et d'honnêteté intellectuelle ne seraient sans doute pas inutiles à cet égard; on observerait moins de résultats de recherche inutiles parce qu'ils ont été abordés à partir de questions inappropriées ou à l'aide d'une approche de recherche non pertinente à la question.

Quelles techniques de recherche mettre en oeuvre?

On aura probablement déjà deviné, à la lumière des positions énoncées quant aux trois niveaux précédents, qu'il n'y a pas pour moi de bonnes ou de mauvaises techniques de recherche. Il n'y a que des techniques plus ou moins pertinentes, attendu le problème, la question de recherche ou le stade de développement des connaissances. Et il n'y a que des techniques plus ou moins bien appliquées, selon les règles de l'art de chacune. J'aimerais toutefois souligner quelques-uns des pièges qui nous guettent lorsqu'on utilise des outils de cueillette ou d'analyse des données.

Le premier, c'est l'impression de rigueur que l'on retire généralement de la manipulation quantitative de données. Il existe toute une mystique à utiliser l'ordinateur, à quantifier des réponses, à manipuler des statistiques. Comme tout ceux qui ont eu à effectuer ce type de manipulation le savent bien, le risque qu'une erreur fatidique se glisse quelque part dans les processus de formulation, de cueillette, de codage, de saisie, de vérification, de manipulation ou d'interprétation de données quantitatives est significatif. Toutefois, on a souvent l'impression que parce que c'est quantitatif, on est en quelque sorte immunisé contre les erreurs, que ce qui va sortir de l'ordinateur est une vérité de foi. Or, comme le rappelle si bien le vieux dicton "gi-go" des informaticiens: "*Garbage in, garbage out.*"

Un autre piège important est de croire que, parce ce qu'elles ne font habituellement pas appel à une logique de preuve basée sur les mathématiques, les techniques qualitatives d'analyse de données sont moins rigoureuses, ou plus faciles d'application. D'une part, plusieurs techniques dites "qualitatives" (en analyse de contenu, par exemple) peuvent faire un usage abondant de processus de quantification. D'autre part, toutes ces techniques ont généralement un mode d'emploi bien précis que doit suivre avec rigueur l'analyste. Finalement, l'analyste qualitatif est souvent invité, comme partie intégrale de sa démarche, à expliciter dès le départ ses biais, ses théories implicites et ses présupposés afin de les "mettre entre parenthèses". Le fait d'effectuer une telle démarche et de savoir que le matériel sur lequel on travaille a habituellement été recueilli avec une stratégie où la capacité à généraliser ou à poser des jugements d'ensemble sur un phénomène n'entrait pas en ligne de compte, incite généralement le chercheur qualitatif à une grande prudence dans l'interprétation des résultats; cela peut donc conduire à une appréhension de la réalité au moins aussi juste, sinon plus juste, que lorsqu'on se laisse endormir par la fausse sécurité des chiffres.

Enfin, quelle que soit la technique utilisée, il faut que l'interprétation des résultats soit congruente avec l'ensemble d'une démarche particulière de recherche. Il est inapproprié de généraliser sans commentaire à l'ensemble d'une population des résultats recueillis auprès de quelques individus ou d'un sous-groupe choisi de manière non aléatoire. Mais, il est aussi inapproprié de vouloir appliquer à une unité de mesure plus petite (par exemple, une région) des données recueillies de manière à avoir un portrait représentatif d'une unité de mesure plus grande (par exemple, une province). Il faut donc faire dire à des données de recherche tout ce qu'elles ont à dire, mais pas plus qu'elles ne peuvent en dire.

Pour prendre en compte les dilemmes évoqués plus haut quant aux quatre niveaux de préoccupations méthodologiques, il me semble donc fondamental de développer, en tant que chercheur en promotion de la santé, une série d'attitudes et d'habiletés particulières.

Des attitudes et habiletés de base pour la recherche en promotion de la santé

Un parti pris interventionniste

Si l'on accepte la définition de la promotion de la santé proposée plus haut, cela colore irrémédiablement les entreprises de développement des connaissances mises de l'avant pour construire et évaluer ces interventions. Les chercheurs académiques en promotion de la santé sont continuellement confrontés à plusieurs malaises, notamment celui de ne pas nécessairement être les seuls ni même toujours les plus pertinents pour développer les connaissances nécessaires à l'intervention, attendu ce que l'on peut apprendre par une réflexion systématique sur les pratiques professionnelles ou militantes (Rootman & O'Neill, 1994). À mon sens, il faut accepter, chez ceux qui oeuvrent en milieu universitaire, que quel que soit le type de recherche que l'on pratique (fondamentale ou clinique, théorique ou appliquée, évaluative ou descriptive, etc.) et quelles que soient ses positions ontologiques, épistémologiques, méthodologiques ou techniques, elles ne font sens dans le domaine de la promotion de la santé que si l'on a en vue leur utilisation dans l'action.

Il appartient à chaque chercheur de décider jusqu'où il conçoit comme partie intégrante de son rôle de voir à ce que ses projets répondent à des besoins réels et de s'assurer que les résultats de ses travaux sont diffusés et mis en oeuvre de manière concrète. Mais faire de la recherche en promotion de la santé sans ce prérequis interventionniste me semble une sorte de contradiction dans les termes. Dans cette optique, avoir une orientation de recherche action ou de recherche participative est probablement ce qui est davantage souhaitable. Cette orientation ne présume en rien du type de méthode ou de technique de recherche qui seront utilisés (Green et al., 1995); elle présuppose toutefois une présence active et réaliste, tout au long du processus de recherche, des personnes et/ou des organisations dont on espère un changement de comportement. De cette manière, le processus de recherche devient le résultat d'une négociation entre le chercheur et la population, les deux en ressortant en bout de piste transformés.

L'importance de la qualité

Il n'est pas nécessaire d'être un suppôt du capitalisme et de rêver aux "cercles de qualité" ou à la "qualité totale" pour voir, en cet attribut, quelque chose d'important. En effet, même ce chef d'oeuvre de la littérature mystico-hippie des années 1970 qu'est le **Traité du Zen et de l'entretien des motocyclettes** (Pirsig, 1978) est structuré autour de l'idée maîtresse de la qualité. Par les temps qui courent, la pression des milieux, académiques et autres, est beaucoup à la quantité; cela pousse souvent à développer des pratiques de qualité douteuse: exploitation du travail du personnel de soutien (en particulier les assistants et professionnels de recherche); production à la chaîne de projets d'intérêt minimal; découpage en tranches infinitésimales des aspects publiables d'un projet, etc. À long terme, si les chercheurs visent à maintenir les seuils de qualité les plus élevés possibles et dans leurs rapports humains et dans leurs démarches professionnelles, tout le monde en sortira gagnant sur tous les tableaux. C'est cependant une attitude très difficile à cultiver car, au delà des discours sur l'excellence que l'on se fait servir régulièrement par les temps qui courent, encore faut-il avoir un minimum de conditions de travail qui permettent d'y prétendre. Finalement, pour moi, qualité égale rigueur dans l'utilisation de l'approche ou de la méthode choisie, une attitude de doute critique devant prévaloir à tout moment.

La nécessaire multidisciplinarité

La promotion de la santé est un domaine où santé et social s'interpellent, où action et développement de connaissances s'entremêlent et où il est impossible de grandir, de survivre et d'être efficace sans un pari résolu en faveur de l'intersectorialité et de la multidisciplinarité. Pourtant, un tel pari est périlleux. Trop souvent, il est fait naïvement, en pensant que le fait d'être assis autour d'une même table et d'être des personnes de bonne volonté suffira à ce que des cultures, des intérêts et des enjeux différents se concilient comme par magie. C'est pourquoi, plus souvent qu'autrement, les expériences multidisciplinaires, qui sont le pendant académique des aventures intersectorielles, sont des échecs plus ou moins retentissants.

Oser la multidisciplinarité suppose d'abord, selon moi, des racines solides, que ce soit dans une discipline ou un domaine de pratique particulier, à partir desquelles on a développé une certaine expertise en laquelle on est relativement confiant et qui bénéficie d'une certaine reconnaissance. Cela permet ensuite de s'engager dans les dialogues et les négociations nécessaires à la multidisciplinarité avec une attitude de respect et d'ouverture, qui risque à son tour de provoquer le respect et l'ouverture plutôt que l'agressivité et la fermeture caractérisant encore trop souvent ce type d'échanges.

De solides fondements épistémologiques doublés d'habiletés techniques quantitatives et qualitatives

Toute personne qui veut s'adonner à la recherche en promotion de la santé devrait d'abord avoir eu l'occasion de faire le point sur ce qu'est la science ainsi que sur les possibilités et limites de cette dernière. La promotion de la santé est située aux confluents de nombreuses disciplines ayant chacune ses traditions, ses méthodes préférées et ses approches privilégiées; l'expérience prouve qu'il est utopique de

penser que le mélange de ces différentes tendances se fera sans explosion si l'occasion n'est pas fournie de faire, collectivement si possible, une réflexion épistémologique plus systématique permettant de confronter les divers points de vue et de voir dans quel contexte tel ou tel type de méthode est davantage pertinent. Ici encore, une attitude d'ouverture d'esprit et de respect mutuel me semble de mise; toutefois, elle ne surgira pas par magie et elle se devra d'être cultivée au cours de la formation académique des futurs chercheurs et dans les milieux où ils oeuvreront par la suite.

Qui plus est, personne oeuvrant en recherche en promotion de la santé ne devrait faire l'économie d'une initiation technique réussie, et aux méthodes qualitatives, et aux méthodes quantitatives. Presque inévitablement, les projets et circonstances amèneront un chercheur davantage dans une direction que dans une autre; avoir une compréhension de base des fondements et principes des deux univers me semble malgré tout une nécessité incontournable, même si elle est difficile à mettre en oeuvre avec les contraintes que les programmes universitaires imposent.

La capacité à vivre à long terme dans la marginalité

Finalement, attendu la manière dont les disciplines scientifiques sont structurées, dont les critères de promotion académique sont organisés et dont la production du savoir fonctionne dans nos sociétés, faire le type de recherche requis pour aider à promouvoir la santé va souvent rendre marginaux les chercheurs qui s'y adonneront. Cela a des conséquences importantes.

Premièrement, pour survivre à moyen et à long terme dans des environnements de recherche, il faut connaître leurs règles du jeu afin, d'une part, de tenter de les infléchir dans la mesure du pouvoir (habituellement minime...) dont on dispose à cet égard et, d'autre part, de s'y conformer ne serait ce que minimalement, à moins qu'on ait choisi délibérément de perdre son emploi. Malgré toutes ses contraintes, le milieu académique est probablement un des lieux de nos sociétés où les libertés et les marges de manoeuvre sont les plus considérables. C'est un lieu d'où, en complémentarité avec d'autres types d'intervenants et de producteurs de connaissances, on peut aussi participer activement aux changements auxquels la promotion de la santé nous convie.

Deuxièmement, il y a fort à parier que le réseau de support personnel et professionnel nécessaire à sa survie en tant que marginal sera très dispersé: ce n'est vraisemblablement ni dans le bureau voisin, ni souvent même dans sa propre organisation (universitaire ou autre) que l'on trouvera des personnes ayant développé le même genre de vision. Et ce n'est pas toujours non plus dans son environnement familial ou relationnel immédiat que l'on trouvera une compréhension empathique des enjeux professionnels auxquels on est confronté si l'on veut faire de la recherche significative en promotion de la santé. À cet égard, les moyens de communication modernes, en particulier le courrier électronique dont l'accès se démocratise à la vitesse de l'éclair, sont une ressource précieuse; qu'ils se trouvent dans le bureau d'à-côté ou à l'autre bout de la planète, les membres de notre réseau sont maintenant accessibles avec la même facilité. Il est certain que l'écran cathodique ne remplacera jamais la chaleur des contacts humains en face à face; l'importance, à cet égard, des colloques, congrès et autres conférences de même acabit ne doit jamais être sous-estimée. Mais pouvoir échanger de manière confidentielle, en temps réel ou presque, et avec un ou plusieurs interlocuteurs à la fois où qu'ils se trouvent sur la planète, crée un contexte où la survie dans la marginalité sera sans doute grandement facilitée.

La promotion de la santé: un enjeu scientifique postmoderne?

Comment conclure suite à cette brève incursion au royaume de la méthodologie de la recherche en promotion de la santé? J'aimerais le faire en tentant de répondre à deux questions.

La **première**, pour reprendre la terminologie que Kuhn a mise à la mode, est: dans les méthodes de recherche en promotion de la santé, vivons-nous vraiment un changement de para-

digme? C'est ce que soutient Lincoln (1992) qui prétend que le constructivisme prend de plus en plus d'assaut la forteresse du positivisme. Je crois, à cet égard, que Lincoln a en partie raison, mais qu'au delà d'une bataille positivisme-constructivisme, il s'agit de quelque chose de beaucoup plus profond qui se trame. En effet, il me semble que les débats actuels, dans le monde de la science en général et de la promotion de la santé en particulier, ne sont qu'une des nombreuses manifestations de la transition vécue dans les sociétés industrialisées entre un rapport moderne et un rapport postmoderne à l'univers.

Pour utiliser encore une fois les images simples mais percutantes d'Alvin Toffler, nous avons commencé à vivre, au cours des trente ou quarante dernières années, la troisième vague de changement planétaire depuis le début de la présence humaine sur le vaisseau spatial terre. Alors que s'effrite la vision "moderne" du monde qui, avec la révolution industrielle, a peu à peu supplanté la vision "traditionnelle" des sociétés agricoles, la vision "postmoderne" des sociétés postindustrielles n'est toutefois pas encore complètement en place. Nous sommes donc dans une époque "révolutionnaire", une époque où se transforment radicalement à l'échelle mondiale non seulement les structures économiques, les empires politiques et les institutions telles les religions ou la famille, mais aussi la nature de nos relations intimes avec nos proches et la nature même du regard scientifique. Comme deux vagues opposées qui s'entrechoquent, l'interface entre modernisme et postmodernisme créée des remous, des turbulences, des zones agitées.

Cela ne peut manquer de nous affecter en promotion de la santé. En effet, d'une part, les changements que nous souhaitons introduire de manière planifiée dans les comportements humains reliés à la santé s'inscrivent sur une trame de changements majeurs très profonds, sur lesquels nous n'avons que très peu de prise mais qu'il nous faut absolument tenter de saisir, si nous voulons que nos recherches et nos interventions aient une quelconque pertinence. D'autre part, ces changements majeurs altèrent de manière considérable le sens que les humains conféreront à la vie, à la mort et à leur rapport avec l'univers, donc à la définition même de la santé que nous aurons à promouvoir.

Saurons-nous, en tant que personnes et en tant que chercheurs, nous adapter à ces bouleversements profonds? C'est la **seconde** et dernière question à laquelle je tenterai de répondre ici. Comme toutes les révolutions, celle que nous traversons fera, chez les chercheurs comme chez les autres, des victimes et des laissés pour compte. Je crois toutefois que si nous sommes capables de remettre continuellement en question nos positions scientifiques afin de mieux comprendre, pour mieux l'expliquer et le changer, l'univers qui nous entoure, nous nous outillons sans doute pour que ces bouleversements soient plus des opportunités de changements positifs que des catastrophes. À cet égard, d'ailleurs, bien davantage que les valeurs modernes d'ordre, de progrès ou de détermination, les valeurs postmodernes d'indétermination, de paradoxe et de chaos semblent proches de l'expérience que les humains (chercheurs inclus), vivant dans les sociétés en transition entre l'industriel et le postindustriel, ont de leur monde par les temps qui courent.

Une fois qu'on l'a un peu décapé de l'enflure verbale qui le caractérise encore trop souvent, le postmodernisme me semble tout simplement la transposition, dans le monde des comportements humains, des éléments de compréhension de l'univers que les sciences exactes élaborent depuis quelques dizaines d'années déjà. L'état plus ou moins flou du consensus actuel sur la nature de la promotion de la santé, ainsi que sur la manière de conduire de la recherche ou d'intervenir dans ce domaine, me semble aussi typique d'un des domaines de l'agir humain qui est au coeur des enjeux de la transition vers des sociétés postmodernes.

C'est donc probablement à l'émergence du postmodernisme, tel que le suggèrent notamment Kelly, Davies, et Charlton (1993), qu'il faut d'abord et surtout lier notre compréhension de l'évolution de la promotion de la santé des populations humaines et des méthodes de recherche requises pour que cette promotion se fasse de manière efficace et signifiante.

Références

Ashton, J., & Seymour. H. (1988). *The New Public Health.* Milton Keynes and Philadelphia: Open University Press.

Castel, R. (1981, Octobre). L'après psychanalyse: vers une culture psychologique? In *Vers une société psycho-relationnelle,* colloque du groupe de recherche sur les nouvelles thérapies, Namur.

Chu, C., & Simpson, R. (Eds.). (1994). *Ecological public health: from vision to practice.* Toronto: Center for Health Promotion, University of Toronto and Participaction.

Eakin, J., & Maclean, H. (1992). A critical perspective on research and knowledge development in health promotion. *Canadian Journal of Public Health, 83* (S1), S72-S77.

Edwards, R.K. (1996). *Conditions for a science of health promotion: theory and research on the health of persons.* Unpublished Ph.D. dissertation, Dept. of Behavioural Sciences, University of Toronto, Toronto.

Elling, R., & Sokolowska, M. (Eds.). (1978). *Medical sociologists at work.* New Brunswick: Transaction Books.

Ferguson, M. (1980). *The aquarian conspiracy.* Los Angeles: J.P. Tarcher.

Green, L.W., George, M.A., Daniel, M., Herbert, C. J., Bowie, W.R., & O'Neill, M. (1995). *La recherche participative en promotion de la santé au Canada: bilan et prospectives* (rapport préparé pour la Société Royale du Canada). Vancouver: Institute of Health Promotion Research et B.C. Consortium for Health Promotion Research, University of British Columbia.

Kelly, M.P., Davies,J.K., & Charlton, B.G. (1983). Healthy Cities: a modern problem or a post-modern solution? In M. P. Kelly & J. K. Davies (Eds.), *Healthy Cities: Research and Practice* (pp. 159-168). London: Routledge.

Kickbusch, I. (1989). *Good planets are hard to find.* Copenhagen: FADL Publishers/Healthy Cities paper no. 5.

Kickbusch, I. (1994). Tell me a story. In A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Eds.), *Health Promotion in Canada, Provincial, National and International Perspectives* (pp. 8-19). Toronto: W.B. Saunders.

Lincoln, Y.S. (1992). Fourth generation evaluation: the paradigm revolution and health promotion. *Canadian Journal of Public Health, 83* (S1), S6-S11.

Martin, C., & McQueen, D. (Eds.). (1989). *Readings for a New Public Health.* Edinburgh: Édinburgh University Press.

Milio, N. (1986). *Promoting Health through Public Policy.* Ottawa: Canadian Public Health Association.

McKinlay, J.B. (1992). Health Promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Canadian Journal of Public Health, 83* (S1), S11-S20.

O'Neill, M., & Pederson, A. (1992). Building a methods bridge between policy analysis and healthy public policy. *Canadian Journal of Public Health, 83* (S1), S25-S31.

O'Neill, M., & Cardinal, L. (1994). Health promotion in Quebec: did it ever catch on. In A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Eds.), *Health Promotion in Canada, Provincial, National and International Perspectives* (pp. 262-284). Toronto: W.B. Saunders.

Pederson, A., O'Neill, M., & Rootman, I. (Eds.). (1994). *Health Promotion in Canada, Provincial, National and International Perspectives.* Toronto: W.B. Saunders.

Pirsig, R.M. (1978). *Traité du Zen et de l'entretien des motocyclettes.* Paris: Seuil.

Poland, B. (1992). Learning to "walk our talk": the implications of sociological theory for research methodologies in health promotion. *Canadian Journal of Public Health, 83* (S1), S31-S47.

Raeburn, J. (1992). Health promotion research with heart: keeping a people perspective. *Canadian Journal of Public Health, 83* (S1), S20-S25.

Rootman, I., & O'Neill, M. (1994). Developing knowledge for health promotion. In A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Eds.), *Health Promotion in Canada, Provincial, National and International Perspectives* (pp. 139- 153). Toronto: W.B. Saunders.

Rootman, I., & Raeburn, J. (1994). The concept of health. In A. Pederson, M. O'Neill & I. Rootman (Eds.), *Health Promotion in Canada, Provincial, National and International Perspectives* (pp. 56-72). Toronto: W.B. Saunders.

Saillant, F. (1994). *Au coeur de la baleine*. Montréal: Remue-ménage.

Stevenson, H.M., & Burke, M. (1992). Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion research. *Canadian Journal of Public Health, 83* (S1), S47-S54.

Watson, J.D. (1969). *The double helix*. New York: Mentor Paperbacks.

Abstract

This paper offers a critical analysis of scientific research in health promotion by someone who has worked as a researcher in this field for more than twenty years. Some cultural contextual elements are first proposed. The methodological beliefs of the author are then presented under four headings: ontology, epistemology, methodology and research techniques. A set of attitudes and skills to develop are also proposed if one wants to conduct appropriate health promotion research. Finally, it is suggested that health promotion should be positioned within the paradigm of postmodernism.

Biographie

Michel O'Neill est professeur titulaire en sociologie de la santé, en santé communautaire et en promotion de la santé à l'École des sciences infirmières de l'Université Laval à Québec; il est aussi coresponsable du GRIPSUL (Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé de l'Université Laval) et codirecteur du Centre québécois collaborateur de l'OMS pour le développement de villes et villages en santé. Il est détenteur d'un doctorat en sociologie de l'Université de Boston. Ses champs d'enseignement et de recherche gravitent depuis plusieurs années autour des aspects sociopolitiques de la promotion de la santé.